

الاسم واللقب: بوستي توفيق  
المؤسسة الأصلية: جامعة 8 ماي 1945-قائمة –  
الدرجة العلمية: أستاذ محاضر ب  
التخصص: علاقات دولية  
البريد الإلكتروني: [boustitoufik@yahoo.fr](mailto:boustitoufik@yahoo.fr)

# السياسة الصحية والتنمية المستدامة في الجزائر

د. توفيق بوستي  
أستاذ محاضر ب قسم العلوم السياسية جامعة

قائمة

## مقدمة:

لقد أصبحت مسألة الصحة من الشواغل الأكثر أهمية في مجال التنمية في مختلف المجتمعات، سواء في تلك المتقدمة أو المتخلفة، وذلك بوصفها من بين أهم العوامل التي تساهم في تحقيق التنمية المستدامة وأحد مؤشراتنا على حد سواء، ففي حين تمثل الصحة قيمة في حد ذاتها، فإنها تعتبر كذلك مفتاحا لزيادة الإنتاج ورفع الإنتاجية الاقتصادية، حيث من غير الممكن تحقيق تنمية حقيقية، دون تحسين وتطوير الأوضاع الصحية للإنسان الذي هو نواة التنمية وهدفها، ذلك إن الإنسان المكتمل صحيا هو القادر على بناء تنمية صحيحة ومستدامة، ومن جانب آخر إذا ما كان العامل المباشر والرئيسي في مجال الصحة هو التحكم في المرض والتطبيب لمعالجته، فإن هناك العديد من العوامل الحاسمة والتي تقع خارج نطاق التحكم المباشر لقطاع الصحة، ويقترن ذلك بقطاعات المياه والصرف الصحي والتعليم والحياة الحضرية والريفية والإسكان والطاقة والزراعة وخاصة البيئة.

لقد شهدت السنوات الأخيرة من حياة المجتمع الجزائري بعض النمو والإنجازات في ميادين عديدة بما في ذلك تحسين صحة الناس، حيث طرأت تغيرات جذرية كمية ونوعية على المشهد الصحي من حيث عدد الهياكل والإمكانات وكذا المعنيين العاملين في المجال الصحي على مدى العقد الماضي، خاصة مع ولوج القطاع الخاص مجال الصحة وأصبح سندا داعما لجهود الدولة لترقية المستوى الصحي في الجزائر.

رغم كل أشكال هذا التقدم في المجال الصحي المؤكدة، يظل ضعف الحالة الصحية يشكل أحد القيود التي تعوق العملية التنموية المستدامة، وانطلاقا من هنا فإن الإشكالية التي يمكن طرحها في هذا المجال تتمحور حول تساؤل أساسي وهو : **ما دور السياسة الصحية في تحقيق التنمية المستدامة في الجزائر؟**

وللإجابة على هذه الإشكالية قسمنا الدراسة الى عدة محاور:

**أولا-** الإطار المفاهيمي للسياسة الصحية والتنمية المستدامة

**ثانيا-**

## 1-1 تعريف السياسة الصحية:

يشير تعريف الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية الى أن السياسة الصحية هي: " مجموعة من الأهداف والبرامج الأساسية المعلنة في مجال الصحة، تصاحبها مجموعة من الأفعال المتجسدة في قرارات تشريعية وتنفيذية وبرامج العمل المقترحة للحكومات، تحدد كيفية صنع الأهداف العامة الصحية مصحوبة بكيفية التنفيذ والإدارة للخدمات الصحية من انخراط الحكومة وتأثيرها في نشاطات كل من القطاعين الخاص والعام في المجال الصحي بغية تحقيق الأهداف العامة بكفاءة وفاعلية"<sup>1</sup>.

أو هي عبارة عن: " مجموعة من العلاقات المترابطة والمتكاملة من القرارات والنشاطات والتي تشكل جزءا من استراتيجية تقديم خدمات الرعاية الصحية"<sup>2</sup>

أو هي عبارة عن: "موقف الحكومة الرسمي في ميدان الصحة، والذي تعبر عنه من خلال الخطابات الرسمية أو من خلال وثائقها الدستورية الإدارية"<sup>3</sup>

أما فيما يخص خصائص السياسة الصحية في تحديد الأولويات والأهداف وإختيار الطرق المناسبة لإنجاح هذه السياسة وتوفير قواعد قانونية لتسطير السياسة الصحية ومحاولة إصلاح الخلل وفقا ما يتلاءم واحتياجات السكان<sup>4</sup>

## 1-2-أهداف وأهمية السياسة الصحية:

تعمل السياسة الصحية على توضيح كيفية اتخاذ القرار في المؤسسة الصحية، كما تحدد الخطوط العريضة للمؤسسة والأهداف التي ترغب المؤسسة الصحية في تحقيقها.

وبالمقابل تعمل أهمية السياسات الصحية من خلال<sup>5</sup>:

**1- رسم السياسات الصحية من قبل أعلى سلطة في الدولة أو من قبل أعلى مستوى اداري في المؤسسة الصحية، وبالتالي فان عملية الاستجابة لسياسة صحية تكون أكبر ما يمكن عندما ترتبط بالمستويات الإدارية العليا، فالالتزام**

<sup>1</sup> خروبي بزاره عمر، اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009): دراسة حالة للمؤسسة العمومية الاستشفائية الاخوة خليف بالشلف، رسالة ماجستير، قسم العلوم السياسية والعلاقات الدولية، كلية العلوم السياسية والاعلام، جامعة الجزائر، (2010-2011)، ص 16

<sup>2</sup> صلاح محمود دياب، إدارة خدمات الرعاية الصحية، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان، 2009، ص 216

<sup>3</sup> حسيني محمد العيد، السياسة الصحية في الجزائر: دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2002، رسالة ماجستير، قسم العلوم السياسية، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 2012-2013، ص 51

<sup>4</sup> Magali Barbeiri , Pierre Centrelle , **Santé et population** , lieu non identifier , pp 51-65.

<sup>55</sup> أنظر: صلاح محمود دياب، مرجع سابق، ص ص 2018-2019

والاستجابة والاهتمام بالسياسة الصحية مرتبط ارتباطا وثيقا بالمستوى الإداري الذي قام باتخاذ القرار ووضع السياسة الصحية

**2-** وجود عدة طرق وأساليب لوضع السياسات الصحية، فتعود طرق وضع السياسات الصحية وأساليبها يعطي أهمية بهذه السياسات فأحيانا توضع هذه السياسات للاستجابة لمطالب الإدارة العليا وبالتالي يتم اتخاذ السياسة بطريقة معينة، وأحيانا لتحقيق أهداف معينة، فأهمية السياسة الصحية تتبع من طبيعة الهدف الذي وضعت من أجله

**3-** تختلف القطاع الصحي من دولة الى أخرى ولكنه عموما يتشكل من القطاع الصحي العمومي والقطاع الصحي الخاص، فضلا عن بعض القطاعات الصحية الأخرى تبعا لطبيعة النظام الصحي لتلك الدول، ولكن لا يمكن لأي منهما الانفراد بوضع السياسة الصحية

**4-** السياسة الصحية سياسة غامضة كونها ناتجة عن عدم وضوح الأسباب الحقيقية لرسم بعض السياسات الصحية، فقد يتم وضع السياسة الصحية لأسباب سياسية أو تاريخية، فغموض بعض السياسات الصحية أعطاها أهمية من حيث عدم المعرفة الحقيقية للهدف المراد تحقيقه من مثل هذه السياسات

### **1-3- تقسيمات السياسة الصحية:**

قام العديد من المفكرين بتقسيم السياسة الصحية على النحو التالي<sup>6</sup>:

#### **أ- تقسيم الدكتور والت 1994:**

قسم السياسة الصحية الى سياسة كبيرة وسياسة صغيرة، بحيث تميزت الكبيرة بأنها تهتم بكل الناس في المجتمع وبالأهداف طويلة المدى، أما السياسة الصغيرة فتهتم بالمجتمع المحلي والأهداف قصيرة المدى، كما أنه يتناول موضوع محدد وليس شامل.

#### **ب- تقسيم الدكتور فرانك 1994:**

قسم السياسة الصحية إلى أربعة مستويات:

**1- مستوى النظام:** يرتبط هذا المستوى من المستويات بالمظاهر والأمور العامة للنظام الصحي ومدى التخطيط وتعليم الموارد الصحية البشرية، كما يفسر أيضا طبيعة العلاقة بين القطاعات الصحية المختلفة داخل النظام الصحي، وعلاقة القطاع الصحي بالأنظمة والقطاعات الأخرى غير الصحية.

<sup>6</sup>صلاح محمود دياب، مرجع سابق، ص ص 218-219

## 2-مستوى البرامج:

يحدد هذا المستوى من السياسات أولويات الرعاية الصحية وطبيعة البرامج الصحية المراد تنفيذها لتحقيق أهداف النظام الصحي، بالإضافة الى تحديد الأساليب والطرق التي من خلالها يتم توزيع الموارد المادية والبشرية بصورة مثالية والاستفادة منها قدر الإمكان

## 3-مستوى التنظيم:

يحدد هذا المستوى طريقة العمل والإنتاجية وتقديم الخدمات الصحية وكيفية زيادة جودة الخدمة الصحية ومستواها.

## 4-مستوى الأداء:

يحتوي هذا المستوى على الأنظمة التنفيذية للعمل في المؤسسة الصحية كتوضيح لنظام المعلومات الإداري المعمول به وأنظمة شؤون العاملين والحوافز وأنظمة العمل التنفيذية لبقية أقسام وحدات المؤسسة الصحية

## 2- التقسيم العام للسياسات:

حيث قسمت السياسات إلى<sup>7</sup>:

أ-سياسات الميتما: تلك السياسات التي يتم من خلالها وضع القواعد التي تعتمد عليها متخذًا القرار في وضع السياسات في القطاع الصحي وهي تضم نظام ووضع السياسات

ب-سياسات الميغا: وهي السياسة التي تضم مجموعة متقدمة من السياسات وتضم السياسات الإرشادية العامة والتوجيهات للسياسات الأخرى الأقل منها مستوى

ويمكن تحديد مستوى الميغا في السياسة الصحية إذا توفرت على الأمور التالية:

1-توضيح دور المؤسسة الصحية في التنمية الاقتصادية أو الاجتماعية أو القطاع الصحي في الدولة

2-القاعدة الأساسية وقيم المؤسسة الصحية

3-توضيح الأولويات والأهداف التي ترغب المؤسسة في تحقيقها

4-بيان معدل التعيين المطلوب في المؤسسة ومعدل المخاطرة والتطلعات المستقبلية

## 5- تحديد المساءلة ونوعيتها

ج- السياسات المحددة التنفيذية: وهي السياسات التنفيذية التي تهتم بالأمر الروتينية البسيطة بالإضافة الى ظروف وتفاصيل العمل، وهي أدنى المستويات في تقسيم السياسات الصحية من حيث المستوى الإداري والتكاليف

### 1-3- مقومات السياسة الصحية: تتمثل مقومات السياسة الصحية فيما يلي<sup>8</sup>:

#### 1- الالتزام السياسي:

إن رسم وتنفيذ السياسة الصحية الوطنية يتطلب التزاما سياسيا صريحا لتحقيق الأهداف المنشودة وترجمتها إلى الواقع، بمعنى أنه قبل وضع السياسة يلزم اتخاذ قرارات قاطعة تلزم بها جميع القطاعات المهمة بشؤون الصحة، كما يجب تعبئة الرأي العام وتوضيح الحقائق له، حتى يمكن التغلب على جميع العقبات وتوفير الموارد المالية اللازمة لتنفيذ السياسة.

#### 2- الاعتبارات الاجتماعية:

السياسة الصحية تتكامل مع السياسات الاجتماعية والاقتصادية الشاملة، وتهدف إلى تحسين نوعية الحياة لاسيما بالنسبة للمحرومين، كتقليص الهوة بين الأغنياء والفقراء، بمعنى تخصيص جزء من الموارد لفئات المجتمع التي هي بأمر الحاجة اليها

#### 3- مشاركة المجتمع:

لا بد من اتخاذ التدابير الملائمة لضمان المشاركة الحرة والواعية من المجتمع، بحيث يتحمل الافراد والاسرة والمجتمعات مسؤولية صحتهم ورفاهيتهم بغض النظر مسؤولية الحكومات عن صحة شعوبها، وتعتبر هذه المشاركة ضرورة اجتماعية واقتصادية

#### 4- الإصلاح الإداري:

بغية كفاءة السياسة الصحية وتنفيذها يكون من الضروري تعزيز وتكييف الهياكل والنظم في جميع القطاعات بما فيها القطاع الصحي، كما تبادر للتنسيق المشترك بين قطاع الصحة وجميع القطاعات الأخرى، ولتحقيق ذلك لا بد من إعادة النظر في النظم الإدارية لضمان التنسيق على جميع المستويات بغية تقوية هذه النظم على المستوى المحلي<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> أنظر: زراوية رضا، التحضر والصحة في المجتمع الجزائري: دراسة ميدانية بـجى أفراج مدينة باتنة، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية والعلوم الإسلامية جامعة باتنة، 2010-2011، ص 70

<sup>9</sup> زراوية رضا، مرجع سابق، ص 71

## 5- تخصيص الموارد المالية:

عند وضع السياسة الصحية الوطنية تبرز الحاجة الى تخصيص الموارد المالية وزيادة الميزانية الصحية لأقصى حد ممكن، بالنظر للزيادة في التكلفة الخدمة والنتائج وارتفاع أجور العاملين والتقدم السريع في مجال التكنولوجيا الصحية.

## 6- سن التشريعات:

يجب سن تشريعات جديدة تعنى بحماية البيئة والضمان الاجتماعي والتأمين الصحي، ومن المفيد في هذا الإطار الإطلاع على التشريعات الصحية في جميع الدول

## 7- إعداد خطة عمل:

ترجم السياسة الصحية الى برامج وخطة عمل محددة، كما يجب تحديد الأغراض الواجب بلوغها وما يتصل بها من أهداف مباشرة، كما يجب أن تشمل خطة البحث تفاصيل كاملة لما يجب عمله والإطار الزمني وتقديم الاحتياجات والكوادر اللازمة لمراقبة تنفيذ وتقييم النتائج

## 2 - 1 - تعريف التنمية المستدامة:

لطالما ربط مفهوم التنمية بالنمو الاقتصادي ، بل حتى أنها في مفهومها الضيق كانت تتماثل إلى حد كبير بمفهوم النمو الاقتصادي ، ومع صدور تقارير برنامج الأمم المتحدة الإنمائي ، لم يعد مفهوم التنمية مقتصرًا فقط على النمو الاقتصادي ، بل تعداه للتأكيد على ضرورة تحسين ظروف ونوعية الحياة المادية والمعنوية والحريات السياسية وباقي الجوانب ذات العلاقة بالحياة الإنسانية ، وهكذا برزت نقلة إضافية في التعريف بمفهوم التنمية ، بإضافة البعد الزمني لها من منطلق وجوب توفر العدالة في استفادة الأجيال القادمة من عوائد التنمية ، وبذلك أصبحت التنمية المستدامة.

لقد تم التطرق لأول مرة بشكل رسمي إلى مفهوم التنمية المستدامة سنة 1987 من خلال لجنة (Brundtland) التي عرفتها بأنها: " تلبية إحتياجات الجيل الحالي دون المساس باحتياجات الأجيال القادمة"، فهي " مجموعة من السياسات والأنشطة الموجهة نحو المستقبل"<sup>10</sup>

فالتنمية المستدامة ليست نقلة واحدة، ولكنها عملية مستمرة ومطرقة تمكن جميع أفراد المجتمع من توسيع نطاق قدراتهم إلى أقصى حد ممكن وتوظيفها بما يكفل تحقيق محصلة يجني ثمارها الجيل الحاضر، كما تجني ثمارها الأجيال

<sup>10</sup> بومعروف الياس، عماري عمار، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، عدد 07، 2009 - 2010، جامعة الحاج لخضر باتنة، ص ص 27 - 28

القادمة، فالتنمية المستدامة هي: " تلبية احتياجات الحاضر دون الاخلال بالقدرة على تلبية احتياجات المستقبل"، وهو ما يوحي بالتغيير والتطور والتقدم.

وبعبارة أخرى فان التنمية المستدامة تعني: " الطموح الى غد أفضل على تلبية المستويات الاقتصادية والاجتماعية بدون الاخلال بالبيئة ومواردها، حيث أن تحقيق أغراض التنمية رهين بما توفره البيئة من موارد"<sup>11</sup>.

كما أن التنمية المستدامة هي: " تنمية تستجيب لحاجات الأجيال الراهنة دون أن تعرض لقدرة الأجيال القادمة على تلبية حاجاتها هي الأخرى"<sup>12</sup> أو هي: "محاولة الحد من التعارض الذي يؤدي إلى تدهور البيئة عن طريق إيجاد وسيلة لإحداث تكامل بين البيئة والاقتصاد"<sup>13</sup>.

أما اللجنة العالمية للتنمية المستدامة فتعرفها كما يلي " هي تلبية حاجات الحاضر دون ان تؤدي إلى تدمير قدرة الأجيال المقبلة على تلبية احتياجاتها الخاصة"<sup>14</sup>، كما تعرف التنمية المستدامة بأنها: " كما تعتبر التنمية المستدامة تغييرا اجتماعيا موجها من خلال أيديولوجية معينة، وهي عبارة عن: "عملية معقدة واعية على المدى الطويل شاملة ومتكاملة في أبعادها السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية والبيئية والتكنولوجية، في هذا المجال يجب عدم تجاهل الضوابط البيئية، وتجنب دمار الموارد الطبيعية، وتطور الموارد البشرية، وتحديث تحولات في القاعدة الصناعية السائدة، وبهذا فان عملية التنمية هي عملية موجبة باتجاه الأفضل لأفراد المجتمع "<sup>15</sup>، أو أنها: "عملية يتناغم فيها استغلال الموارد وتوجيهات الاستثمار ومناحي التنمية التكنولوجية وتغير المؤسسات على نحو يعزز كلا من إمكانات الحاضر والمستقبل للوفاء بحاجيات الإنسان وتطلعاته." كما تعرف أيضا بأنها: " التنمية الحقيقية ذات القدرة على الاستمرار و التواصل من منظور إستخدامها للموارد الطبيعية والتي يمكن أن تحدث من خلال إستراتيجية تتخذ التوازن البيئي كمحور ضابط لها لذلك التوازن الذي يمكن أن يتحقق من خلال الإطار الاجتماعي البيئي والذي يهدف إلى رفع معيشة الأفراد من خلال النظم السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي تحافظ على تكامل الإطار البيئي"<sup>16</sup>، أما بالنسبة لتعريف اللجنة العالمية للتنمية المستدامة في التقرير المعنون " بمستقبلنا المشترك والتنمية المستدامة " حسب تعريف

<sup>11</sup> رئاسة الشؤون التنمية المستدامة، خطوة نحو تعزيز الإطار المؤسسي للتنمية المستدامة بالملكة العربية السعودية، متوفر على الرابط:

<sup>12</sup> سحر قدوري الرفاعي، التنمية المستدامة مع التركيز على الإدارة البيئية، أعمال المؤتمر. المنظر الاقتصادي للتنمية المستدامة، تونس، 2006، ص2

<sup>13</sup> محمد عزت محمد ابراهيم، محمد عبد الكرم ربه، اقتصاديات الموارد، دار المعرفة الجامعية، 2000، ص294

<sup>14</sup> زمران كرم، التنمية المستدامة في الجزائر من خلال برنامج الإنعاش الاقتصادي، مجلة أبحاث اقتصادية وسياسية، العدد 7، جوان 2010، ص 195

<sup>15</sup> مراد ناصر، التنمية المستدامة وتحدياتها في الجزائر، مجلة التواصل، العدد 26، جوان 2006، ص 132

<sup>16</sup> بوزيان الرحمان هاجر، بكدي فطيمة، التنمية المستدامة في الجزائر: بين حتمية التطور وواقع التسيير، متوفر على الرابط: [www.univ-chlef.dz](http://www.univ-chlef.dz)

وضعت هذه اللجنة عام 1987 هي " تلبية إحتياجات الحاضر دون أن تؤدي إلى تدمير قدرة الأجيال المقبلة على تلبية إحتياجاتها الخاصة"<sup>17</sup> ، كما أن مفهوم التنمية كعملية دينامية متحركة تستدعي ألا تقتصر قابلية الاستمرار في التحسن على الجيل الحالي في فترة زمنية معينة ، بل لا بد من أن يتم التحسن الى الأفق الزمني الى البعيد الى حالة الحياة للأجيال المتعاقبة ، وما يضمن لها شروط الوفاء المناسب بحاجاتها ، وما ينجم عن ذلك من تنمية قدراتها المتنوعة ، والانتفاع الأمثل بها ، ليس من العدل تمتع الجيل الحاضر واستهلاكه لكل الموارد الإنمائية ويستردها ، ولا يترك شيئاً للأجيال المقبلة ، ومن هنا جاء مفهوم التنمية المستدامة التي تعتبر حالة وجود وتطور مستمر تهدف الى توفير الرفاهية الاقتصادية لأجيال الحاضر والمستقبل ، والحفاظ على البيئة وصيانتها ، وحفظ نظام دعم الحياة<sup>18</sup> .

## 2 - 2 - المقومات الأساسية للتنمية المستدامة:

لإرساء مفهوم التنمية المستدامة لا بد من توفر عدة مقومات أساسية، والتي تعتبر بمثابة مرتكزات التنمية المستدامة ويمكن ايجازها فيما يلي<sup>19</sup>:

### 1/ تلبية الحاجات الإنسانية للسكان :

الوظيفة الأساسية للتنمية المستدامة، هو إعادة توجيه الموارد بما يضمن الوفاء بالاحتياجات الأساسية للمجتمع وتحسين مستوى معيشتهم، لذلك نجدتها تركز كثيرا على مسألة القضاء على الفقر انطلاق من اقتناعها أن عالما يستوطنه الفقر واللامساواة سيكون دون شك عرضة للأزمات البيئية والاجتماعية والاقتصادية.

### 2/ الإدارة البيئية السليمة:

لا يمكن تلبية احتياجات الحاضر دون إخلال بقدرة الأجيال المقبلة على تلبية حاجاتها، ما لم توجد إدارة قادرة على ضمان استمرارية الاستفادة من الموارد الطبيعية، دون إهدار وفي إطار القيود البيئية.

3/ التنمية البشرية: تتضمن مذكرات المتحدثين- البيئة والتنمية- الصادر عن الأمم المتحدة، بأن التنمية البشرية تساوي التنمية القابلة للاستمرار، ويؤكد هذا أنه لا وجود للتنمية المستدامة بدون تنمية بشرية مستدامة، والتنمية

<sup>17</sup> بوزيان الرحمانى هاجر، بكدي فطيمة، المرجع السابق

<sup>18</sup> سقني فاكية، التنمية الإنسانية المستدامة وحقوق الانسان، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون العام، تخصص حقوق الانسان والحريات الأساسية، جامعة فرحات عباس سطيف، كلية الحقوق، السنة الجامعية 2009 / 2010، ص 40

<sup>19</sup> الطاهر خامرة ، المسؤولية البيئية والاجتماعية مدخل لمساهمة المؤسسة الاقتصادية في تحقيق التنمية المستدامة : حالة سوناطراك ، شهادة ماجستير في العلوم الاقتصادية ، تخصص : اقتصاد وتسيير البيئة ، جامعة قاصدي مرباح ورقلة ، السنة الجامعية 2006/2007 ، ص 31 - 33

البشرية، هي عملية توسيع الخيارات المتاحة أمام المجتمع، وأهم هذه الخيارات اكتساب المعرفة، الحرية السياسية، ضمان حقوق الإنسان.

#### 4/ الاقتصاد البيئي:

يعتبر الاقتصاد الجهاز العصبي للتفاعلات بين البيئة والتنمية، لذلك فإن التنمية المستدامة تعتمد على مدى النجاح في الموازنة بين النظام الاقتصادي والنظام البيئي.

#### 5/ التكنولوجيا السليمة بيئياً (التكنولوجيا النظيفة) :

تتعارض التنمية المستدامة مع تكنولوجيا مضرّة بالبيئة، وعليه لتحقيق التنمية المستدامة لا بد من إعادة توجيه التكنولوجيا المستخدمة مما يجعلها أكثر ملائمة للبيئة وذات استخدام أقل للموارد والطاقة وتولد قدراً أقل من التلوث والنفايات.

#### 6/ الإ اعتماد على الذات والتعاون الدولي للمشكلات البيئية العالمية :التنمية المستدامة، هي تنمية في إطار

الاعتماد على الذات، داخل الحدود الوطنية وفي حدود القيود التي تفرضها الموارد الطبيعية، أي لا بد لكل دولة أن تتعايش مع بيئتها، وفقاً للأسس المحلية، وبما يتيح الموائمة بين حاجاتها ورغباتها، والإدارة الرشيدة للموارد الطبيعية.

#### 2-3/ مبادئ التنمية المستدامة : للتنمية المستدامة مجموعة من المبادئ يمكن أن نذكرها فيما يلي<sup>20</sup>:

1- تحديد الأولويات بعناية: إقتضت خطورة المشكلات البيئية، وندرة الموارد المالية إلى التشدد في وضع الأولويات وتنفيذ إجراءات العلاج على مراحل للمشكلات التي يجب التصدي لها بلا إبطاء.

2- الإستخدام الرشيد للموارد البيئية الناضبة والتوقف عن هدرها في إسراف لا مبرر له، والإستثمار في تأمين موارد بديلة.

3- الإستفادة من كل دولار : كانت معظم السياسات البيئية، بما فيها السياسات الناجحة مكلفة بدون مبرر، ولا تستطيع البلدان النامية استخدام الأساليب مرتفعة التكلفة التي تستخدم تقليدياً في البلدان الصناعية؛

<sup>20</sup> عبد القادر عويان، تحليل الآثار الاقتصادية للمشكلات البيئية في ظل التنمية المستدامة: دراسة حالة الجزائر، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، تخصص: مالية ونقود، جامعة سعد دحلب البليدة، ماي 2008، ص 26

4-إغتنام فرص تحقيق الربح لكل الأطراف: بعض المكاسب في مجال البيئة سوف تتضمن تكاليف ومفاضلات والبعض الآخر يمكن تحقيقه كمنتجات فرعية لسياسات صممت لتحسين الكفاءة والحد من الفقر، وخفض الدعم على استخدام الموارد الطبيعية هو أوضح سياسة لتحقيق الربح للجميع؛

5-الإلتزام في استهلاك الموارد المتجددة (نباتا وحيوانا) بقدرة هذه الموارد على تجديد نفسها، حتى لا تفنى مع مرور الزمن.

6-إستخدام أدوات السوق حيثما يكون ذلك ممكنا: إن الحوافز القائمة على السوق والرامية إلى خفض الأضرار البيئية هي الأفضل من حيث المبدأ وغالبا من حيث التطبيق؛

7-الإشراك الكامل للمواطنين على التصدي للمشكلات البيئية، وبالتالي تكون فرص النجاح قوية بدرجة كبيرة؛

9-الإلتزام بقدرة البيئة على التعامل المأمون مع ما بلغته فيها من نفايات وملوثات

10-إدماج البيئة من البداية: عندما يتعلق الأمر بحماية البيئة فإن الوقاية تكون أرخص كثيرا وأكثر فعالية من العلاج وتسعى معظم البلدان الآن إلى تقييم وتخفيف الضرر المحتمل من الإستثمارات الجديدة في البنية الأساسية.

## 2-3-أبعاد التنمية المستدامة:

تعالج التنمية المستدامة بأبعاد متداخلة ومتكاملة ويمكن حصرها فيما يلي<sup>21</sup>:

1 - التنمية الاقتصادية: تحقيق أكبر قدر ممكن من العدالة في توزيع الثروة

2 - التنمية الاجتماعية: تحقيق المساواة والتماسك والحراك الاجتماعي

3 - المحافظة على البيئة: والموارد الطبيعية

## ثانيا / علاقة السياسة الصحية بالتنمية المستدامة في الجزائر

1-تطور السياسة الصحية في الجزائر:

شهدت السياسة الصحية في الجزائر عدة تطورات تبعا للمحددات التي تحكمت فيها، والتي يمكن اجمالها فيما يلي:

أ-السياسة الصحية 1962-1965:

<sup>21</sup> المجلس الأعلى للتعليم، التنمية المستدامة، ص 60، متوفر على الرابط: repository.nauss.edu.sa

ورثت الجزائر عام 1962 حالة صحية متردية، حيث كان النظام الصحي متمركزا أساسا في كبريات المدن الجزائرية كالجائز العاصمة وقسنطينة ووهران، وينحصر أساسا في الطب العمومي وعيادات تشرف عليها البلديات حيث تقدم الخدمة مجانا، بجانب الطب المدرسي النفسي الذي تشرف عليه وزارة التربية والتعليم، فضلا عن الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب أغلبتهم من الأجانب<sup>22</sup>.

كما أن المشكلة الصحية عشية الاستقلال كانت تعاني من عدة إشكالات، يمكن اجمالها فيما يلي<sup>23</sup>:

1- هجرة جماعية للأطباء الفرنسيين 2200 طبيب و2700 ممرض وممرضة

2- حالة متردية نتيجة نقص الكوادر الصحية الوطنية حيث بلغ عدد الأطباء بالنسبة لعدد السكان 8 أطباء لكل 100000 ساكن، بجانب 50 صيدلي و30 طبيب أسنان فقط

3- النقص في الكوادر الفنية والإدارية لتسيير المؤسسات الصحية

4- سوء توزيع المؤسسات والمراكز الصحية

ومن أجل اصلاح الخلل قامت الجزائر برسم استراتيجية تهدف لتعديل مواقع الخلل التي مس النظام الصحي، واتسمت ب<sup>24</sup>:

**1- الوقاية:** عبر حملات التلقيح وإجراءات النظافة ومحاصرة المرض والعمل على عدم وقوعه

**2- علاج الأمراض:** لتحقيق ذلك تم وضع مستويات عديدة يتلقى فيها المريض الخدمة الضرورية بدءا من المراكز الصحية القاعدية وصولا الى المستشفيات عند استعصاء العلاج

**3- التوزيع العقلاني للأطباء:** بغية تحقيق تغطية صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية والهياكل والمعدات الضرورية

**ب- السياسة الصحية 1965-1979:**

<sup>22</sup> نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للنشر، الجزائر، 2007، ص 69

<sup>23</sup> حبيبة قشي، أليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية: دراسة حالة مصحة الرازي للطب والجراحة بسكرة، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2006-2007، ص 120

<sup>24</sup> نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 71

مع بداية المخطط الوطني ونشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشأ عام 1964، وبصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيدالة عام 1966، أخذت الأمور تتحسن شيئاً فشيئاً من خلال تحسين ودفع عجلة التكوين الطبي وشبه الطبي، وكذا انشاء بعض الهياكل القاعدية بين سنتي 1967 و1969<sup>25</sup>

وتتميز هذه المرحلة بالهياكل القاعدية ومضاعفة قاعات العلاج بين سنتي 1967 و1969، عبر توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل ولاية، وقد كان الهدف منها الوقاية، فضلا عن انشاء العيادات المتعددة الخدمات بداية من عام 1974<sup>26</sup>.

وبما أن نسبة 37 بالمئة من السكان فقط هي التي كانت ممولة بالمياه صالحة الشرب و23 بالمئة فقط تتوفر بها قنوات الصرف الصحي وما ينجم عن كل ذلك من انتشار الأمراض المتنقلة عبر المياه، مما دفع بالدولة للتحرك باتخاذ التدابير اللازمة من أجل تنفيذ بعض البرامج التي سطرت بهذا الشأن، كالتكفل بالطب المجاني للأطفال سواء في إطار الطب المدرسي أو في إطار مركز حماية الأمومة والطفولة، فضلا عن صدور المرسوم رقم 69-96 المؤرخ في 09 جويلية 1969 والقاضي بالزامية التلقيح ومجانته، بجانب التكفل التام من طرف الدولة لمكافحة بعض الأوبئة كمرض السل والشلل ومعالجته مجاناً، بجانب تنظيم الولادة بمراكز حماية الولادة<sup>27</sup>.

وما يميز هذه المرحلة:

**1- بداية الحملات الوطنية للتلقيح 1969-1970:** كالتلقيح ضد الشلل، ومكافحة الملاريا بداية من سنة 1965، فضلا عن البرامج المسطرة من طرف المنظمة الصحة العالمية

**2- انخفاض معدل الإصابة بمرض الجدري سنة 1979، والسعال الديكي والتلقيح ضد الحصبة، كما اتجهت السلطات المعنية الى التوعية والإرشاد وبالأحرى التثقيف الصحي**

ومن أجل توفير الصحة لكافة المواطنين فقد عملت الحكومة على تشجيع القطاعات الخاصة من أجل أن تقدم خدماتها لصالح الصحة العمومية من خلال التعاون بين القطاعات الخاصة والمنظمات الرسمية والجماعات المحلية الدينية والفكرية بغية تحقيق التنمية الصحية<sup>28</sup>.

**السياسة الصحية من عام 1979-2009:**

<sup>25</sup> نفس المرجع، ص 73

<sup>26</sup> بن لوصيف زين الدين، تسيير المؤسسات الصحية العمومية في ظل المتغيرات المعاصرة، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد الأول، ديسمبر 2003، جامعة سيكيدة، ص 139

<http://www.el-massa.com>

<sup>27</sup> أنظر: حسينة/ل، تطور المنظومة الصحية في الجزائر، جريدة المساء

<sup>28</sup> سعيدة شين، ص 74

تميزت هذه الفترة بتبني معيار التقسيم الهيكلي والتطور التنظيمي للقطاع الصحي في الجزائر بما في ذلك القطاع الخاص والعام.

واعتبرت اللجنة المركزية لحزب جبهة التحرير الوطني أن النظام الصحي الوطني للتنمية الاقتصادية والاجتماعية يتحقق عبر التركيز على:

**1- توحيد وتحديث القوانين والنظم الصحية لضمان التناسق بين التنظيم القانوني والاهداف الأساسية التي أعلنها الميثاق الوطني لسنة 1976**

**2- الزامية التكامل بين القطاعات وتحديد الوظائف والأدوار بين القطاعات والتنظيمات الوطنية**

**3- تكامل جميع الهياكل مهما كانت طبيعتها القانونية في تطبيق البرامج الوطنية والجهوية للصحة**

وتتميز هذه المرحلة بإنشاء الهياكل الصحية سنة 1986 وهي المراكز الاستشفائية الجامعية وفي نهاية الثمانينات جاء دستور 23 فيفري 1989 ليحدد تدخل الدولة في مجال الوقاية ومكافحة الأمراض المعدية وفقا لنص الدستور آنذاك.

كما كانت مرحلة 1980-1995 مرحلة تقييم السياسات التنموية بما فيها السياسة الصحية حيث عملت الحكومة الجزائرية على وضع الخطوط الرئيسية للسياسة الواجب اتباعها مستقبلا<sup>29</sup>.

وقد حققت الجزائر في تلك المرحلة قدرا من التحكم في المجال الصحي من حيث عدد الأطباء حيث بلغ عددهم سنة 1982 الى 7350 طبيب مقابل 2401 طبيب أجنبي، كما قدر عدد جراحي الأسنان الجزائريين في نفس السنة 2171 أما عدد الصيادلة الجزائريين فقد بلغ 1093 حسب احصائيات نفس السنة<sup>30</sup>.

كما تميزت هذه المرحلة بإعادة تنظيم المؤسسات الصحية ابتداء من سنة 1997 من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية الجامعية، وفي سنة 2007 أعيد تنظيم القطاع الصحي عبر ظهور المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وهي نوع من اللامركزية بغية الوصول للعلاج وتقريب المستشفيات من المواطن<sup>31</sup>.

كما عرفت المؤشرات الصحية الخاصة بسنة 2005 بعض التحسن غير أنه غير كاف، فحسب تقرير المنظمة العالمية للتجارة وعلى الرغم من المبالغ المالية العمومية الكبيرة المرصودة للقطاع الصحي في الجزائر والمقدرة بـ 9.1 بالمئة من

<sup>29</sup> سعيدة شين، مرجع سابق، ص 77

<sup>30</sup> نفس المرجع، ص 77

<sup>31</sup> نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 82

الميزانية العامة الا أن الخدمات الصحية لاسيما ما تعلق بوفيات الأطفال كانت دون المستوى المطلوب وذلك راجع لعدم وجود استراتيجية ناجعة، بجانب سوء توزيع الأطباء والتفاوت فيما يخص الرعاية الصحية، حيث نجد أن وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات 40.5 من الألف حسب المنظمة، وحسب الجزائر فهي 35.8 من الألف ، بينما بلغ معدل الحياة 74.8 في الوقت الذي بلغت فيه التغطية التلقيحية ضد الشلل 98 بالمئة ، والكزاز والسعال الديكي 87 بالمئة والتلقيح ضد التهاب الفيروس الكبدي 81 بالمئة، أما متوسط توزيع الأطباء فنجد طبيبا واحدا لكل ألف مواطن وأقل من سريرين لكل ألفي مواطن<sup>32</sup> .

وقد شهدت الفترة (1992-2002) الكثير من الإنجازات، حيث ظهرت عدة مؤسسات دعمت القطاع على غرار المخبر الوطني لمراقبة المواد الصيدلانية ومعهد باستور الذي أصبح مخبرا مرجعيا لمنظمة الصحة العالمية في مجال المراقبة والتكوين حول مقاومة الجراثيم للضماطات الحيوية.

وقد عرف القطاع من جانب آخر انتقالا للوضعية الديمغرافية الوبائية للسكان الى تعزيز العلاج الجوارى من أجل تقريب العلاج للمواطن، حيث باشرت السلطات العمومية في تنظيم جديد للمؤسسات الصحية سنة 2007، بهدف فصل المستشفيات الجامعية عن تلك التي تضمن علاجا قاعديا أسفر عن تأسيس الطب الجوارى الذي قرب العلاج من المواطن، كما برز تقسيم جديد للمؤسسات الصحية على غرار المؤسسات العمومية الاستشفائية ، والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية ، التي تشمل قاعات العلاج والعيادات متعددة الخدمات ، كما استفاد القطاع من سنة 2005 الى 2009 من غلاف مالي بقيمة 244 مليار دينار جزائري ثم استثمار في انجاز 800 مؤسسة استشفائية وجوارية.

### -السياسة الصحية ما بين 2009-2014:

من أجل مواصلة المسار الذي بادرت به الحكومة ابتداء من سنة 2001 الى 2009 فقد التزمت الحكومة على الأخذ بعاتقها مواصلة هذه الجهود تحت إطار برنامج التنمية الخماسي 2010-2014 و على هذا الأساس فقد تطلبت هذه الخطوة جرأة سياسية من قبل الحكومة عبر تخصيص غلاف مالي ضخم قدر بـ 286 مليار دولار أي ما يعادل 21.214 مليار دينار، و بالتالي فقد استطاع القطاع الصحي من أن يستفيد من حصة وافرة من مخصصات هذا البرنامج بـ 619 مليار دج أي ما يعادل 155 مليار دج في كل سنة وهذا بهدف التكفل بإنشاء<sup>33</sup>:

<sup>32</sup> نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص 83

<sup>33</sup> علي دحمان محمد ، تقييم نفقات الصحة والتعليم :دراسة حالة لولاية تلمسان، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية ، تخصص : تسيير المالية العامة ، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية ، جامعة تلمسان ، 2011، ص ص 154-155

172-1 مستشفى

45-2 مركبا صحيا متخصصا

337-3 عيادة متعددة الخدمات

1000-4 قاعة للعلاج

17-5 مدرسة لتكوين الشبه الطبي

## 2-واقع قطاع الصحة:

لقد أصبحت مسألة الصحة من الشواغل الأكثر أهمية في مجال التنمية في مختلف المجتمعات ، سواء في تلك المتقدمة أو المتخلفة وذلك بوصفها من بين أهم العوامل التي تساهم في تحقيق التنمية المستدامة وأحد مؤشراتنا على حد سواء ، ففي حين تمثل الصحة قيمة في حد ذاتها ، فإنها تعتبر كذلك مفتاحا لزيادة الإنتاج ورفع الإنتاجية ، فالتنمية الصحية تمثل عنصرا هاما في عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية ، حيث من غير الممكن تحقيق تنمية حقيقية دون تحسين وتطوير الأوضاع الصحية للإنسان والذي هو نواة التنمية وهدفها<sup>34</sup> ، فالصحة إلى جانب كونها حق عالمي أساسي ، فهي تعتبر موردا بالغ الأهمية لتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية والشخصية ، وفي هذا الاطار حاولت الجزائر منذ الاستقلال توفير حاجيات الانسان والمواطنين في مجال الصحة ، في اطار الميثاق الصحي الذي يشكل التصميم التوجيهي للمنظومة الوطنية للصحة في ظل سيطرة القطاع العمومي الذي يعد الاطار الأساسي الذي يوفر العلاج<sup>35</sup> .

كما تميزت بداية التسعينات بإقامة برامج عملية للصحة ، منها البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال لكن بقيت المنظومة الصحية تعاني تأرجحا في ظل غياب أهداف واضحة وظهر ذلك من خلال احتجاجات المواطنين ونقص الحوافز مع ضعف التكوين ، كما غلب عليها الانشغالات المتعلقة بتوفير الدواء وتنظيم الاستعجالات الملفات الاجتماعية ، وتميزت هذه الفترة بكثرة المشاكل التي طفت للسطح في نهاية الثمانينات خصوصا مع أزمة انخفاض أسعار البترول وتفاقم الوضع الاقتصادي والاجتماعي الذي انتهى بأزمة اقتصادية واجتماعية صاحبها اهمال طبي ونتج عنه التوجه نحو القطاع الخاص بحيث أولت الحكومة الجزائرية اهتمامها بسياسة الوقاية ونظام العيادات وهو ما ظهر عام 1991 من خلال طرح برنامج الإصلاح الذي كان يهدف الى<sup>36</sup> :

<sup>34</sup> بومعروف الياس، عماري عمار، مرجع سابق، ص 27

<sup>35</sup> مسعود البلي، مرجع سابق، ص 108

<sup>36</sup> مسعود البلي، مرجع سابق، ص 108

## 1-الإنتفاح على المحيط مع محاولة تجديد الوصاية وتسيير أفضل للميزانية

2-وضع آليات للتكيف والتجاوب من خلال مسار شامل على مدى خمس سنوات، وبالنظر لعدم الإستقرار السياسي لم تكلل مجهودات البرنامج بالنجاح بالنظر لغياب أهداف واضحة وغياب مراقبة القطاع الخاص في ظل تدهور حاد للقطاع العام.

وتولي الجزائر أهمية بالغة لتنمية قطاع الصحة بوصفها من العوامل التي تسهم في التنمية المستدامة وأحد مؤشراتنا ، فلا يمكن تحقيق تنمية مستدامة بدون سكان أصحاء كونها تعتبر مفتاحا للإنتاجية والرخاء الاقتصادي والاجتماعي والثقافي ، فحالات تردي الصحة تؤثر سلبا على النمو والتنمية ولأول مرة تناولت اجتماعات مجلس الأمن ومجموعة الثمانية والمنتدى الاقتصادي العالمي ومنظمة التعاون والنمو الاقتصادي صراحة القضايا الصحية بوصفها قضايا إنمائية ، كما نص المبدأ الأول من إعلان ريو للبيئة والتنمية على أن البشر يقع في صميم الاهتمامات المتعلقة بالتنمية المستدامة ويحق لهم أن يحيا حياة صحية ومنتجة في وئام مع الطبيعة ، فلا يمكن تحقيق تنمية مستدامة مع تفشي الأمراض المهلكة ، كما يتعذر الحفاظ على صحة السكان دون وجود تنمية مستدامة من الناحية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والبيئية<sup>37</sup>.

ما يمكن ملاحظته أن تسيير السياسة الصحية في هذه المرحلة إتجهت في بدايتها إلى نهج سياسة الإشباع المصطنع والذي وصل الى القمة بدل التغيير، فمع بداية التسعينات عرف المجتمع صعوبة في الإصلاحات والتي كانت بعيدة عن التغيير، كما أن التصحيح الهيكلي في بداية التسعينات خصوصا فيما تعلق بالخصوصية في المجال الصحي والذي يتمثل في<sup>38</sup>:

## 1-التزايد المستمر لارتفاع التكلفة الطبية خاصة الأمراض المستعصية

## 2-التسيير المتذبذب للموارد الصحية المادية منها والمالية والبشرية

## 3-تدني في النفقات العامة للقطاع الصحي

وبهذا فهذا النمط من التسيير تخلت الدولة عن مجانية العلاج واستبدلته بنمط العلاج بالمساهمة وهؤلاء الشركاء كلهم عاجزون ماليا، حيث يقدر عجز الضمان الاجتماعي سنة 2011 والذي ساهم بـ 22 مليار دينار جزائري من

<sup>37</sup> بومعروف الياس، عماري عمار، مرجع سابق، ص28

<sup>38</sup> مسعود البلي، مرجع سابق، ص 29

أصل 50 مليار دينار، وتميزت هذه المرحلة بتراكم المشاكل التي أدت الى إعادة هيكلة للنظام الصحي وفقا لما يلي<sup>39</sup>:

## 1- مشروع الجهوية الصحية تجسيدا للقطاعية اللامركزية

### 2- على المستوى المؤسسي: المجلس الجهوي للصحة، المرصد الجهوي للصحة

أما بالنسبة للهيكل التنظيمي لقطاع الصحة فإنه يشتمل على ثلاثة مستويات أساسية تتمثل في<sup>40</sup>:

أ- **المستوى المركزي**: تشمل الوزارة عشر وحدات مؤسسة عن طريق مرسوم ومنسقة بواسطة السكرتير العام فضلا عن وجود لجان وطنية وقطاعية

ب- **المستوى الجهوي**: بغية الملائمة بين عرض العلاج واحتياجات السكان وضمان مبدأ المساواة والعدالة في الاستفادة من العلاج.

ج- **المستوى الولائي**: تتكون الجزائر من 48 ولاية كما تسيير مديرية الصحة والسكان بالمرسوم التنفيذي 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997 المتعلق بتحديد القواعد التنظيمية وتشغيل مديريات الصحة والسكان الوارد في الجريدة الرسمية رقم 47.

كما استمرت الخدمة العمومية بالصحة في تعبئة جهود الدولة لضمان الحق في الخدمات الصحية، وتمكين جميع المواطنين من الحصول على العلاج الوقائي والاستشفائي الجوهري ولإصلاح المنظومة الصحية من أجل تحسين الأداء فيها، وسهرت الحكومة على<sup>41</sup>:

أ- تحسين قدرات المنظومة الصحية؛

ب- سيكون تطوير الصحة الوقائية محلا؛

ج- تحسين العلاج الاستشفائي؛

د- إصلاح المستشفيات سيرمي إلى:

## 1- تحسين ظروف استقبال المرضى وإقامتهم، ودوام أعمال الرعاية الصحية الاستشفائية

<sup>39</sup> مسعود البلي، مرجع سابق، ص 29

<sup>40</sup> خاتم سعدي، عجو نورة، تقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، مذكرة ماستر في العلوم التجارية: تخصص تسويق، المركز الجامعي البويرة، 2012 -

2011، 108 - 109

<sup>41</sup> كريم زومان، التنمية المستدامة في الجزائر: من خلال برنامج الإنعاش الاقتصادي 2001 - 2009، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، العدد 7، جوان 2010، ص 218

- 2- دعم تراتيب التكفل بالاستعجالات الطبية والجراحية،
- 3- تحسين التزويد بالوسائل الملائمة للخدمات الطبية المتخصصة، ولاسيما الخدمات المختصة في الأمراض التي تستوجب التحويل إلى الخارج.
- 3- أهم مؤشرات الصحة: يمكن حصر أهم مؤشرات الصحة فيما يلي<sup>42</sup>:
  - 1- توقع الحياة عند الولادة بالسنوات
  - 2- معدل مأمول الحياة مع التمتع بالصحة عند الميلاد بالسنوات
  - 3- معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة (لكل 1000 مولود حي)
  - 4- معدل وفيات الرضع (احتمالات الوفاة بين الميلاد والسنة الأولى من العمر لكل مولود حي)
  - 5- معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (احتمالات الوفاة قبل بلوغ سن الخامسة لكل 1000 مولود حي)
  - 6- معدل وفيات البالغين (احتمالات الوفاة بين سن 15 و 60 سنة لكل 1000 ساكن)
  - 7- نسبة وفيات الأمومة لكل 100000 مولود حي
  - 8- معدل الوفيات الناجمة عن أسباب محددة لكل 100000 ساكن
  - 9- توزع سنوات العمر المفقودة حسب الأسباب الأعم %
  - 10- توزع أسباب الوفيات بين الأطفال اللذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات %
  - 11- معدل انتشار السل لكل 100000 ساكن
  - 12- معدل حدوث السل لكل 100000 ساكن كل سنة
  - 13- معدل انتشار فيروس الايدز بين الكبار البالغين من العمر 15 سنة فما فوق لكل 100000 ساكن
- 4- احصائيات الصحة في الجزائر:

<sup>42</sup> مريحي سوسن، التنمية البشرية في الجزائر: الواقع والآفاق، مذكرة ماجستير في علوم التسيير، تخصص تسيير الموارد البشرية، جامعة منتوري 02 قسنطينة، 2013/2012، ص

ان الوضع الصحي في الجزائر في تحسن مقارنة بالسنوات السابقة، حيث صنفت الجزائر في تقرير لأحد المعاهد الإحصائية البريطانية بحيث تحتل المرتبة 72 من أصل 110 بلد حول واقع الصحة في العالم والمرتبة 71 دوليا ضمن 110 بلد حول الانفاق على الصحة، والذي يعد منخفض في ظل ارتفاع معدل الوفيات في وسط شريحة الأطفال قياسا بالمعايير الدولية المعتمدة.

فبالنظر لحالة الجزائر نجد أن العمر المأمول في ارتفاع مستمر ، حيث كان يقدر سنة 1990 بـ 66 سنة ليرتفع الى 69 سنة عام 2000 ، بينما ارتفع من سنة 2000 الى سنة 2008 بستتين مما يدل على تحسن طفيف في الحالة الصحية في الجزائر ، اذا ما قورن سنة 2008 حيث بلغ 71 سنة ليرتفع سنة 2009 الى 74 سنة مما يعكس تحسن الحالة الصحية خلال هذه الفترة ، وبالمقابل شهدت معدلات الوفيات من الأطفال انخفاضا مستمر ، بحيث بلغ معدل وفيات الأطفال دون الخامسة لكل 1000 مولود سنة 1990 بـ 64 طفل لينخفض سنة 2000 الى 48 طفل ثم الى 41 طفل سنة 2008 ليصل الى 28 طفل سنة 2009 ، وهذا ما يدل على تحسن الحالة الصحية خصوصا في السنوات الأخيرة<sup>43</sup> ،

#### 5- النفقات الصحية في الجزائر:

لقد تزايدت النفقات الصحية من الناتج القومي الإجمالي في الجزائر بشكل مستمر، حيث قدرت نسبة الزيادة أو الارتفاع بين سنتي 2006 و 2007 بـ 0.9% خلال سبع سنوات، بينما قدرت نسبة الارتفاع بين سنتي 2007 و 2009 بـ 1.4% خلال سنتين فقط، وقد ترجع تلك الزيادة الى اهتمام الجزائر بالقطاع الحي بدرجة كبيرة، كما تم الزيادة كذلك في نسبة الانفاق الحكومي العام على الصحة بشكل متزايد، خصوصا بين سنتي 2000 و 2007، حيث قدرت سنة 2000 بـ 9% ليرتفع سنة 2007 الى 10.7% خلال 7 سنوات.

أما بخصوص القوى العاملة الصحية في الجزائر بين سنتي 2000 و 2009 فقد كان هناك 12 طبيب لكل 1000 نسمة ، أما أطباء الأسنان فقد عددهم بـ 3 أطباء لكل 1000 نسمة ، وعاملان بالصيدلة لكل 1000 نسمة ، بينما يوجد عامل واحد في مجال البيئة والصحة العمومية لكل 1000 نسمة<sup>44</sup> ، أما بالنسبة الى معدل الأمل في الحياة فقد شهدت تزايد مستمر ويرجع ذلك لتحسن الوضع الصحي للسكان في الجزائر على الرغم من

<sup>43</sup> أنظر : منظمة الصحة العالمية ، الإحصائيات الصحية العالمية لسنة 2010 ، ص ص 48 - 49 متوفر على الموقع :

[www.who.int/whosis/whostat/2011/ar/index.html](http://www.who.int/whosis/whostat/2011/ar/index.html),

<sup>44</sup> أنظر: منظمة الصحة العالمية، الإحصائيات لسنة 2010، مرجع سابق، ص ص 48 - 49

الارتفاع في الأمراض المختلفة بحيث قدرت النسبة سنة 2007 بـ 72 واستقر سنة 2008 ليرتفع سنة 2009 الى 73 واستقر في سنوات في مستوى 73<sup>45</sup>

فالحكومة الجزائرية خصصت ميزانية كبيرة لوزارة الصحة حيث قدرت بـ 381.792.062.000 دج سنة 2015، هذه الميزانية عرفت تزايدا ملحوظا منذ الاستقلال الى يومنا هذا مواكبة بذلك المتطلبات الصحية المتزايدة، والتحسينات المتتالية على مستوى المنظومة الصحية والتي صاحبها تحسينات في البناءات التحتية للمؤسسات الصحية العمومية، إذ تتكون من القطاعات الصحية التي تظم المستشفيات العامة، القاعات المتعددة الخدمات، المراكز الصحية، قاعات العلاج والولادة، هذه الهياكل توفر للمواطنين ظروف العلاج، وفي الحالات الخطرة والمعقدة توجه إلى المراكز الاستشفائية المتخصصة، والمراكز الاستشفائية الجامعية، أين يجدون تكفلا خاصا، توجد هذه المؤسسات وفق شروط تتعلق بعدد السكان في المناطق المختلفة، لقد عرفت المؤسسات الصحية ارتفاعا كبيرا حيث وصل عددها إلى 264 مستشفى عام 1990 ليصل إلى 290 مستشفى عام 2002، هذا الارتفاع مس أيضا كل العاملين في القطاع الصحي، من أطباء ومتخصصين وممرضين وصيادلة وفي القطاعين العام والخاص<sup>46</sup>.

## 6- أسس تحقيق تنمية صحية مستدامة:

ان تعزيز قدرة الأنظمة الصحية على توفير الخدمات الصحية الأساسية للجميع على أسس الكفاءة ويسر التكلفة للوقاية من الأمراض والأوبئة بما يتماشى مع حقوق الانسان والحقوق الأساسية، ويتفق مع القوانين المحلية والقيم الثقافية والدينية، يستدعي تحقيق مجموعة من التدابير على العديد من المستويات، وعلى هذا الأساس نجد الاهتمام الواسع لتقارير المؤتمرات ومؤتمرات القمة ذات الصلة التي تعقدها الأمم المتحدة والدورات الاستثنائية للجمعية العامة بما يلي<sup>47</sup>:

### 1- تحسين وتطوير ادره الموارد البشرية العاملة في القطاع الصحي

2- تعزيز إمكانية الحصول على بصورة منصفة ومحسنة على خدمات الصحة الكفؤة والرخيصة، تشمل الوقاية على كافة مستويات النظام الصحي، والحصول على الادوية الضرورية بأسعار معقولة

<sup>45</sup> أنظر البنك الدولي على الموقع: [www.donnees.banquemonddiale.org](http://www.donnees.banquemonddiale.org)

<sup>46</sup> ذهيبه سيدهم، المسألة الصحية في الجزائر مقارنة سوسيوصلحية، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 24 جوان 2017، ص 2079

<sup>47</sup> لامية حمايزية، عبود زرقين، التنمية الصحية المستدامة ونتائجها على المورد البشري: دراسة مقارنة الجزائر وتونس والمغرب، مجلة رؤى اقتصادية، العدد 9، ديسمبر 2015،

جامعة الشهيد حمة لخضر، الوادي، ص 259-260

**3-** دمج المشاكل الصحية في الاستراتيجيات والسياسات والبرامج المتعلقة بالقضاء على الفقر وتحقيق التنمية المستدامة

**4-** توجيه الجهود البحثية باتجاه القضايا الصحية ذات الأولوية وتطبيق نتائج البحوث عليها

**5-** تعزيز تكافؤ الفرص في الحصول على خدمات الصحة والتعليم والتدريب والمعالجة والتكنولوجيا الصحية والاهتمام بالآثار الجانبية لسوء الصحة

**6-** تقديم مساعدات تقنية ومالية الى البلدان النامية والبلدان التي تمر اقتصادياتها بمرحلة انتقالية لتنفيذ استراتيجية الصحة للجميع، بما في ذلك أنظمة المعلومات الصحية وقواعد البيانات المتكاملة عن تبني تنمية صحية.

**7-** إطلاق مبادرات دولية لبناء القدرات تساعد في تقييم الروابط بين الصحة والبيئة، وتستفيد من المعارف المكتسبة من أجل تهيئة استجابات أكثر فعالية إزاء الاخطار البيئية التي تهدد صحة الانسان

**8-** نقل ونشر التكنولوجيا بشروط متفق عليها، تشمل إقامة شراكات متعددة المجالات مع القطاعين العام والخاص لتأمين الحصول على الخدمة الصحية

**9-** تعزيز برامج منظمة العمل الدولية ومنظمة الصحة العالمية لتخفيض نسبة الوفيات والاصابات والأمراض المهنية، وربط الصحة المهنية بتحسين الصحة العامة كوسيلة لتعزيز الصحة العامة والتوعية الصحية.

## **7- خطة إصلاحية شاملة للخدمات الصحية في الجزائر:**

أقر مجلس الوزراء الجزائري في 14 أبريل 2008 أكبر خطة لإصلاح المنظومة الصحية في تاريخ البلاد حيث تقوم على إعداد خارطة صحية جديدة تساعد في ترشيد التغطية الصحية من حيث الوقاية والعلاج إلى جانب إنشاء أقطاب صحية، في مخطط بعيد المدى للنهوض بالقطاع الصحي في آفاق العام 2025 لقاء مخصصات تزيد عن 1819,63 مليار دينار جزائري، بغرض الوصول إلى مستوى المؤشرات الصحية المسجلة حاليا في بلدان منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية .

وتتوقع دراسات إستشرافية في الجزائر ، أن يبلغ عدد السكان حدود 44.8 مليون نسمة سنة 2025 يقدرّ حاليا بـ 34 مليون ، كما تشير الدراسات نفسها الى وصول معدل طول العمر الى 80 نسمة ، وستكون لهذه التحولات الديمغرافية آثار على التركيبة السكانية وتجديدها ، وكذا على الاقتصاد والمجتمع ، وهو ما دفع السلطات الحكومية الجزائرية في الإسراع في الإصلاح الصحي يقوم على تقريب الصحة من المواطن وترتيب مستويات العلاج ، مع

إعادة التركيز على الوقاية والعلاج العادي والتكفل بالانتقال الوبائي والفوارق الجغرافية وتحسين نوعية الخدمات التي طالما اشتكى الجزائريون من رداءتها.

وللوفاء بالمطلوب أعدت وزارة الصحة الجزائرية برنامجا شاملا يقضي بإنجاز 88 مستشفى عاما و 94 مستشفى خاصا ، وأربعة معاهد محلية مختصة ، فضلا عن 311 عيادة متعددة التخصصات و 221 هيكليا صحيا آخر ، وتنوي الحكومة التكفل بالانتقال الوبائي من خلال 26 برنامج وقاية و 8 برامج علاج و 4 برامج دعم بتكلفة إجمالية قدرها 92 مليار دينار جزائري ، وستتيح إصلاح تسيير الأدوية من خلال إنشاء وكالة محلية مركزية للمواد الصيدلانية وترقية الأدوية الجينية ، إلى جانب محاربة الأدوية المزيفة إضافة إلى مضاعفة الهياكل الصحية وترميمها ، وتأهيل الإمكانيات التقنية وفتح الاستثمار الاستشفائي في وجه القطاع الخاص الجزائري والأجنبي ، مع تعيين الأطباء الأخصائيين في مناطق الجنوب والهضاب العليا ، و تطوير التكوين وتدعيم التأطير ، وتسعى الخطة الحكومية إلى تطوير تسيير المستشفيات ومقاييس التسيير ، وتنظيم التمويل وتحسين نوعية الخدمات والتكفل براحة المريض وبأمنه ، إضافة إلى إزالة الفوارق الصحية على مستوى الولايات الـ 48 ، من خلال استكمال إقامة نظام للمتابعة الصحية وتطوير تسيير المستشفيات ، وتحديد مقاييس الجودة ومؤشرات النجاعة الخاصة بالهياكل الصحية ، حتى يمكن التكفل بالأمراض غير المتنقلة ، كما تراهن السلطات على إيصال الأدوية الجينية إلى مستوى 80 % من الاستهلاك الإجمالي<sup>48</sup> ، والنهوض بعمليات زرع الأعضاء وجراحة القلب الخاصة بالأطفال وتدعيم صحة الأم والطفل ، ويلاحظ متابعون للوضع الصحي في الجزائر ، أنّ هذا الأخير لا يزال هشاً في ظل عودة أمراض القرون الوسطى في صورة الطاعون والسل ، بجانب تنامي الأمراض غير المتنقلة وبالخصوص منها ارتفاع ضغط الدم الشرياني والأمراض القلبية ، وداء السكري ، والسرطان ، وأمراض التنفس المزمنة ، وزاد الوضع كارثية ضعف الحصص من الأدوية الجينية في السوق المحلية ، رغم إفراط الجزائر في استيراد الأدوية لسدّ ضعف تغطية الإنتاج المحلي لهذه السوق.

#### خاتمة:

لقد عملت الجزائر منذ الاستقلال على تحقيق التنمية الصحية في إطار السياسات الاجتماعية عبر طرح مجموعة من الهياكل والقواعد والتركيز على المزاوجة بين القطاع العام والخاص ، وتوفير الخدمة الصحية مجانية لجموع المواطنين ، وقد حققت في هذا الإطار نتائج طيبة في مجال الرعاية الصحية انعكست على صحة المواطن الذي يعد نواة التنمية الاجتماعية والاقتصادية والثقافية ، بحيث استطاعت أن تحتل المرتبة 72 من أصل 110 بلد حول واقع الصحة في

<sup>48</sup> مربيعي سوسن، التنمية البشرية في الجزائر: الواقع والأفاق، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير: تخص تسيير الموارد البشرية، جامعة منتوري 02 قسنطينة،

العالم والمرتبة 71 دوليا ضمن 110 بلد حول الانفاق على الصحة ، والذي يعد منخفض في ظل ارتفاع معدل الوفيات في وسط شريحة الأطفال قياسا بالمعايير الدولية المعتمدة ، وأن تقوم على إعداد خارطة صحية جديدة تساعد في ترشيد التغطية الصحية من حيث الوقاية والعلاج إلى جانب إنشاء أقطاب صحية ، في مخطط بعيد المدى للنهوض بالقطاع الصحي في آفاق العام 2025 لقاء مخصصات تزيد عن 1819,63 مليار دينار جزائري ، بغرض الوصول إلى مستوى المؤشرات الصحية المسجلة حاليا في بلدان منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية ، وهو ما يبين اهتمام الحكومة الجزائرية بالمواطن وتحسين الخدمة الصحية المقدمة له بالمجان في اطار اهتمامها الشامل بالسياسات الاجتماعية وتحسين المستوى المعيشي له .